

## 0.a. Objectif

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

## 0.b. Cible

Cible 3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à coût abordable

## 0.c. Indicateur

Indicateur 3.8.2 : Proportion de la population consacrant une grande part des dépenses ou du revenu du ménage aux services de soins de santé

## 0.e. Mise à jour des métadonnées

2019-03-01

## 0.f. Indicateurs connexes

Indicateurs : 1.1.1; 1.2.1 et 3.8.1

## 0.g. Organisation(s) internationale(s) responsable(s) de la surveillance mondiale

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

### 1.a. Organisation

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

### 2.a. Définition et concepts

#### Définition :

La proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé.

Deux seuils sont utilisés pour définir « les dépenses de santé importantes du ménage » : supérieures à 10 % et supérieures à 25 % des dépenses ou des revenus totaux du ménage.

#### Concepts :

L'indicateur 3.8.2 est défini comme la « proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé ». En effet, il est basé sur un ratio dépassant un seuil. Les deux principaux concepts d'intérêt qui sous-tendent ce ratio sont les dépenses de santé du ménage (numérateur) et les dépenses totales de consommation du ménage ou, lorsqu'elles ne sont pas disponibles, le revenu (dénominateur).

#### Numérateur

Les dépenses de santé du ménage sont définies comme toute dépense engagée au moment de l'utilisation du service pour obtenir tout type de soins (préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs ou de longue durée), y compris tous les médicaments, vaccins et autres préparations pharmaceutiques ainsi que tous les produits de santé, *de tout type de fournisseur et pour tous les membres du ménage*. Ces dépenses de santé sont caractérisées par des paiements directs qui sont financés par le revenu d'un ménage (y compris les transferts), l'épargne ou les prêts, **mais n'incluent aucun remboursement par un tiers payeur**. En tant que tels, ils n'accordent l'accès qu'aux services de santé et aux produits de santé que les individus peuvent payer, sans aucune solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades au-delà du ménage<sup>[1]</sup> et uniquement en fonction de la volonté et de la capacité du ménage de payer. Les paiements directs de soins de santé sont étiquetés paiements directs dans la classification des régimes de financement des soins de santé de la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA). Les dépenses de santé par paiement direct sont la source de financement la plus inéquitable pour le système de santé.

Les composantes des dépenses de consommation de soins de santé d'un ménage ainsi définies devraient être conformes à la division 06 sur la santé de la Classification des fonctions de consommation des ménages (COICOP) de l'ONU qui comprend actuellement les dépenses en produits, appareils et matériels médicaux (06.1), les services ambulatoires (06.2) et les services hospitaliers (06.3), mais qui est en cours d'expansion<sup>[2]</sup>.

De plus amples renseignements sur les définitions et les classifications (par exemple par fournisseur, par caractéristiques des bénéficiaires) des dépenses de santé devraient être conformes à la [Classification internationale des comptes de la santé \(en anglais\)](#) et à sa famille de classifications. L'ICHA est le fruit d'une collaboration entre l'OCDE, Eurostat et l'Organisation mondiale de la Santé.

#### Dénominateur

Les dépenses de consommation et le revenu du ménage sont toutes deux des mesures monétaires de bien-être. La consommation du ménage est fonction du revenu permanent, qui est une mesure des ressources économiques à long terme d'un ménage qui déterminent le niveau de vie. La consommation est généralement définie comme la somme des valeurs monétaires de tous les postes (biens et services) consommés par le ménage pour son propre compte au cours d'une période de référence. Il comprend les valeurs imputées des biens et services qui ne sont pas achetés mais obtenus autrement pour la

consommation. L'information sur la consommation du ménage est habituellement recueillie dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages qui peuvent utiliser différentes approches pour mesurer la « consommation » selon si les articles se réfèrent à des biens durables ou non durables et/ou sont directement produits par les ménages.

La mesure la plus pertinente du revenu est le revenu disponible, car il est proche du maximum disponible pour les dépenses de consommation du ménage au cours de la période comptable. Le revenu disponible est défini comme le revenu total moins les impôts directs (nets des remboursements), les frais obligatoires et les amendes. Le revenu total est généralement composé des revenus d'emploi, des revenus de la propriété, des revenus de la production domestique de services pour l'autoconsommation, des transferts reçus en espèces et en biens, des transferts reçus en tant que services <sup>[3]</sup>.

Le revenu est plus difficile à mesurer avec précision en raison de sa plus grande variabilité au fil du temps. La consommation est moins variable dans le temps et plus facile à mesurer. Il est donc recommandé d'utiliser chaque fois qu'il y a des informations sur la consommation et le revenu des ménages (voir la section « Commentaires et limites » pour en savoir plus sur la sensibilité de 3.8.2 au choix du revenu/des dépenses au dénominateur). Les statistiques sur l'indicateur 3.8.2 actuellement produites par l'OMS et la Banque mondiale reposent principalement sur la consommation (voir la section « Sources de données »).

### Seuils

Il est recommandé d'utiliser deux seuils afin d'identifier les dépenses de santé importantes du ménage en proportion des dépenses totales ou du revenu total du ménage : **un seuil inférieur de 10 % (3.8.2 10) et un seuil supérieur de 25 % (3.8.2 25)**. Avec ces deux seuils l'indicateur mesure les difficultés financières (voir la section « Commentaires et limites »).

<sup>1</sup> (en anglais) [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf\\_9789264116016-9-en\\_1](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en_1)

<sup>2</sup> Consulter l'item L. Classifications statistiques du document <https://unstats.un.org/unsd/statcom/49th-session/documents/Report-on-the-49th-session-F.pdf>; [http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1\\_1](http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1_1)

<sup>3</sup> (en anglais) <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf>

## 3.a. Sources de données

Les sources de données recommandées pour le suivi de la « proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé » sont des enquêtes auprès des ménages contenant des informations sur les dépenses de consommation des ménages en matière de santé et sur les dépenses totales de consommation des ménages. Celles-ci sont régulièrement menées par les bureaux nationaux de statistique. Les enquêtes sur les dépenses des ménages (EDM) et les enquêtes sur le revenu et les dépenses des ménages (ERDM) les recueillent généralement car elles sont principalement menées pour fournir des intrants au calcul des indices des prix à la consommation ou à l'établissement des comptes nationaux. Une autre source potentielle d'information est l'enquête socioéconomique ou les enquêtes sur le niveau de vie; toutefois, certaines de ces enquêtes peuvent ne pas recueillir d'informations sur les dépenses totales de consommation des ménages – par exemple, lorsqu'un pays mesure la pauvreté en utilisant le revenu comme mesure de bien-être <sup>[4]</sup>. Le critère le plus important pour choisir une source de données pour mesurer l'indicateur 3.8.2 des ODD est la disponibilité des dépenses de consommation des ménages en matière de santé et des dépenses totales de consommation des ménages.

Lorsque des enquêtes socio-économiques ou sur le niveau de vie sont utilisées pour mesurer l'indicateur 3.8.2 des ODD, tout défi pour la comparabilité entre pays de l'indicateur 1.1.1 des ODD s'applique également au suivi de l'indicateur 3.8.2 des ODD. Pour tout type d'enquête auprès des ménages, étant donné l'accent mis sur les dépenses de santé des ménages, il est nécessaire d'améliorer les instruments d'enquête actuels pour la comparabilité entre les pays. L'Organisation mondiale de la Santé collabore avec différentes agences des Nations Unies et d'autres parties prenantes importantes pour s'assurer que cela se produise <sup>[5]</sup>.

<sup>4</sup> (en anglais) <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01a.pdf>

<sup>5</sup> Un exemple est l'engagement de l'OMS dans la révision en cours de COICOP par la DSNU (en anglais) [https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop\\_revision.asp](https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp). Un autre exemple est un projet du BMGF que l'OMS soutient pour améliorer la mesure des dépenses de santé des ménages (en anglais) <http://www.indeph-network.org/projects/ihope>

## 3.b. Méthode de collecte des données

L'OMS obtient des données d'enquête auprès des ménages auprès des bureaux nationaux de statistique où le dénominateur et le numérateur du ratio des dépenses de santé sont construits en suivant leurs propres lignes directrices, soit directement par eux, soit par des consultants de l'OMS. L'OMS travaille, par l'intermédiaire de ses bureaux régionaux ou de ses bureaux nationaux, pour obtenir l'accès aux données. Aucun ajustement systématique n'est entrepris.

La Banque mondiale reçoit également généralement des données des bureaux nationaux de statistique (BNS) directement. Dans d'autres cas, elle utilise les données du BNS reçues indirectement. Par exemple, elle reçoit des données d'Eurostat et du LIS (« Luxembourg Income Study »), qui fournissent les données des bureaux nationaux de la Banque mondiale qu'ils ont reçues / harmonisées. L'Universidad Nacional de La Plata, Argentine et la Banque mondiale tiennent à jour conjointement la base de données SEDLAC (Base de données socio-économiques pour l'Amérique latine et les Caraïbes) qui comprend des statistiques harmonisées sur la pauvreté et d'autres variables distributives et sociales de 24 pays d'Amérique latine et des Caraïbes, sur la base de microdonnées provenant d'enquêtes auprès des ménages menées par les BNS. Les données sont obtenues dans le cadre de programmes propres à chaque pays, y compris des programmes d'assistance technique et des activités conjointes d'analyse et de renforcement des capacités. La Banque mondiale entretient des relations avec les BNS dans le cadre de programmes de travail impliquant des systèmes statistiques et l'analyse de données. Les économistes de la pauvreté de la Banque mondiale s'engagent généralement avec les BNS sur la mesure et l'analyse de la pauvreté dans le cadre des activités d'assistance technique.

L'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale génèrent l'indicateur 3.8.2 selon la même approche (voir méthodologie). Les deux institutions combinent des estimations au niveau intermédiaire (méso). L'éligibilité des estimations incluses dans une base de données mondiale commune pour la production d'estimations régionales et mondiales est basée sur les contrôles de qualité suivants :

*Pour le dénominateur du ratio des dépenses de santé*

- Comparer le logarithme de la consommation totale par habitant dans une source de référence avec le logarithme de la consommation totale par habitant estimée à partir de l'enquête. Les deux sont exprimés sur une base mensuelle en dollars internationaux (PPA) de 2011. La source de référence est tirée de Povcalnet<sup>[6]</sup> si disponible, et sinon des Indicateurs de développement mondial (IDM)<sup>[7]</sup>, calculés comme les dépenses de consommation finale des ménages en dollars internationaux 2011 constants divisés par la population totale. Lorsque la différence entre le logarithme de la consommation totale par habitant dans la source de référence et le logarithme de la valeur estimée à partir de l'enquête (exprimée en pourcentage du premier) est supérieure à 10 % lorsque la comparaison est avec PovcalNet et supérieure à 15 % lorsque la comparaison est faite avec les IDM, l'estimation de l'enquête est identifiée comme une valeur aberrante au niveau international en termes de consommation par habitant.
- Comparer l'effectif de pauvreté estimé à partir de l'enquête (avec le seuil de pauvreté de 1,90 \$ par jour, PPA de 2011) avec l'incidence de la pauvreté rapportée dans PovcalNet avec le même seuil de pauvreté (valeur de référence). Lorsque la différence absolue entre la valeur de référence et l'estimation de l'enquête dépasse 10 points de pourcentage, l'estimation de l'enquête est identifiée comme une valeur aberrante dans l'incidence de l'extrême pauvreté et signalée pour une éventuelle exclusion.
- Comparer l'effectif de pauvreté estimé à partir de l'enquête (avec le seuil de pauvreté de 3,10 \$ par jour, PPA de 2011) avec l'incidence de la pauvreté rapportée dans PovcalNet avec le même seuil de pauvreté (valeur de référence). Lorsque la différence absolue entre la valeur de référence et l'estimation de l'enquête dépasse 10 points de pourcentage, l'estimation de l'enquête est identifiée comme une valeur aberrante dans l'effectif de pauvreté à 3,10 \$ par jour et signalée pour une éventuelle exclusion.

Pour le numérateur du ratio des dépenses de santé

- Comparer le ratio moyen des dépenses de santé dans l'enquête à un ratio moyen du budget de référence construit comme le rapport entre la mesure agrégée des dépenses directes (« out-of-pocket ») des ménages et les dépenses agrégées de consommation finale des ménages, toutes deux en monnaie locale courante. Lorsque la différence absolue dépasse 5 points de pourcentage, l'estimation de l'enquête est identifiée comme une valeur aberrante en termes de part du budget des ménages consacrée à la santé et signalée pour une éventuelle exclusion. Le macro-indicateur des dépenses personnelles des ménages est disponible à partir de la [\(en anglais\) Global Health Expenditure Database\(GHED\)](#)<sup>[8]</sup> et de la [\(en anglais\) World Development Indicators Database\(WDI\)](#)<sup>[9]</sup>. Les informations sur la dépense de consommation finale des ménages sont également extraites des IDM (code de la série : NE.CON.PRVT.CN).

Ces repères sont également utilisés pour décider entre deux estimations pour les pays et les années pour lesquelles les deux institutions ont la même source de données. Pour plus d'information, veuillez consulter le Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale, ainsi que Wagstaff et al 2018.

À la fin du processus d'assurance qualité, l'OMS et la Banque mondiale assemblent des estimations non dupliquées de la proportion de la population dont le ménage a d'importantes dépenses de santé en pourcentage des dépenses ou des revenus totaux du ménage, pour chaque pays. L'Organisation mondiale de la Santé entreprend alors un processus de consultation des pays. Suite à une résolution du Conseil exécutif de l'OMS (EB107.R8), l'OMS est priée de le faire avant de publier des estimations au niveau national au nom des États membres. Pour tout indicateur donné, ce processus commence par l'envoi par l'OMS d'une demande officielle aux ministères de la santé pour désigner un point focal pour la consultation sur l'indicateur. Une fois que les États membres ont nommé des points focaux, l'OMS leur envoie alors des estimations provisoires et des descriptions méthodologiques. Le code de programmation STATA est disponible pour reproduire les estimations partagées. Les points focaux envoient ensuite à l'OMS leurs commentaires, y compris souvent de nouvelles données ou des estimations nationales révisées qui sont utilisées pour mettre à jour les estimations nationales. Lors de la consultation des pays de 2017, 137 États membres de l'OMS ont désigné des points focaux, 100 d'entre eux ont reçu des estimations provisoires et des informations sur la méthodologie; 37 n'ont reçu que des informations sur la méthodologie car aucune estimation n'a été produite. Sur les 57 États membres de l'OMS sans points focaux désignés, des estimations sont disponibles pour 32 d'entre eux.

En plus de ces consultations, l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale organisent régulièrement des formations sur la mesure de l'absence de couverture de protection financière, auxquelles participent des gens du ministère de la santé ainsi que du bureau national de statistique. L'OMS a plusieurs collaborations régionales et nationales en cours pour soutenir la production de l'indicateur 3.8.2 car il a été récemment adopté et il n'est pas encore produit systématiquement par le bureau national de statistique malgré la disponibilité des données et la simplicité de la méthodologie. Les résultats de ces collaborations ne sont pas encore inclus dans la base de données constituée par l'OMS et la Banque mondiale, mais les estimations produites par un pays seront soumises au même processus d'assurance qualité que nous venons de décrire.

<sup>6</sup> [\(en anglais\) http://research.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx 1](#)

<sup>7</sup> [\(en anglais\) https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators 1](#)

<sup>8</sup> [\(en anglais\) http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/ 1](#)

<sup>9</sup> [\(en anglais\) https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators 1](#)

### 3.c. Calendrier de collecte des données

La collecte des données est liée aux plans des différents pays en matière d'enquête auprès des ménages portant sur les dépenses de consommation, les budgets ou les revenus et dépenses.

### 3.d. Calendrier de diffusion des données

Des estimations sur la proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé ont été publiées en décembre 2017. À l'avenir, de nouvelles données seront ajoutées au fur et à mesure que de plus amples renseignements seront reçus des points focaux désignés (voir le processus de collecte). Des mises à jour des estimations régionales et mondiales sont prévues tous les deux ans.

### 3.e. Fournisseurs de données

Bureaux nationaux de statistique en collaboration avec les ministères de la santé. Voir la section « Sources de données » pour plus de détails.

### 3.f. Compilateurs des données

## 4.a. Justification

L'objectif 3.8 est défini comme « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à coût abordable ». La préoccupation est liée au fait que toutes les personnes et toutes les communautés doivent recevoir les services de santé de qualité dont elles ont besoin (y compris les médicaments et autres produits de santé), sans difficultés financières. Deux indicateurs ont été choisis pour surveiller l'objectif 3.8 dans le cadre des ODD. L'indicateur 3.8.1 porte sur la couverture des services de santé et l'indicateur 3.8.2 met l'accent sur les dépenses de santé par rapport au budget d'un ménage afin d'identifier les difficultés financières causées par les paiements directs de soins de santé. Pris dans leur ensemble, les indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 visent à saisir les dimensions de la couverture des services et de la protection financière, respectivement, de l'objectif 3.8. Ces deux indicateurs doivent toujours être surveillés conjointement.

L'indicateur 3.8.2 découle de méthodologies datant des années 1990 élaborées en collaboration avec des universitaires de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la Santé. L'indicateur 3.8.2 vise à identifier les personnes qui doivent consacrer une part substantielle des dépenses ou des revenus totaux de leur ménage aux soins de santé. L'accent est mis sur les paiements effectués au point de service pour obtenir tout type de traitement, de tout type de fournisseur, pour tout type de maladie ou de problème de santé, nets de tout remboursement à la personne qui a effectué le paiement, mais à l'exclusion des paiements anticipés pour les services de santé; par exemple, sous forme d'impôts ou de primes ou de cotisations d'assurance spécifiques. Ces paiements directs sont le moyen le moins équitable de financer les systèmes de santé étant donné qu'ils déterminent l'étendue des soins reçus.

Cela va clairement à l'encontre de l'esprit de la cible, qui demande à favoriser l'accès en fonction des besoins de santé et non de la capacité d'un ménage à rassembler toutes ses ressources financières pour répondre aux besoins de santé de ses membres. Certains paiements directs pourraient être nécessaires, mais l'indicateur 3.8.2 est étayé par la conviction que personne, quel que soit le niveau de revenu, ne devrait avoir à choisir entre les dépenses de santé et les dépenses pour d'autres biens et services de base tels que les frais de scolarité, les nécessités alimentaires, le logement et les services publics. Une façon d'évaluer dans quelle mesure les systèmes de santé entraînent des difficultés financières consiste à calculer la proportion de la population dont le ménage a d'importantes dépenses de santé en proportion de ses dépenses ou de ses revenus totaux. Pour des informations détaillées sur la définition choisie pour surveiller la dimension de protection financière de la couverture sanitaire universelle dans le cadre de suivi des ODD (indicateur 3.8.2), veuillez consulter Wagstaff et al. (2018) et le chapitre 2 du Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale.

## 4.b. Commentaires et limites

Il est possible de suivre l'indicateur 3.8.2 de manière régulière en utilisant les mêmes données d'enquête auprès des ménages que celles utilisées pour suivre les cibles 1.1 et 1.2, liées à la pauvreté<sup>[10]</sup>. Ces enquêtes sont généralement menées par les bureaux nationaux de statistique (BNS) et ce à d'autres fins, telles que le calcul des pondérations de l'indice des prix à la consommation. Ainsi, le suivi de la proportion de la population dont les dépenses de santé des ménages sont importantes par rapport à la consommation totale ou au revenu total de leur ménage n'ajoute pas de fardeau supplémentaire en matière de collecte de données, à condition que la composante "dépenses de santé" puisse être identifiée. Bien que cela constitue un avantage, l'indicateur 3.8.2 souffre de mêmes problèmes d'actualité, de fréquence, de qualité des données et de comparabilité que l'indicateur 1.1.1. Toutefois, l'indicateur 3.8.2 a également ses propres limites conceptuelles et empiriques.

Premièrement, l'indicateur 3.8.2 tente d'identifier les difficultés financières auxquelles les individus sont confrontés lorsqu'ils utilisent leurs revenus, leurs économies ou contractent des prêts pour payer leurs soins de santé. Cependant, la plupart des enquêtes auprès des ménages ne parviennent pas à identifier la source de financement utilisée par les ménages. Dans les pays où il n'existe pas de remboursement rétroactif des dépenses de santé des ménages, cela ne pose pas de problème. Si un ménage déclare une dépense de santé, c'est parce qu'elle ne sera pas remboursée par une tierce partie. Le tout est donc conforme à la définition utilisée pour les paiements directs de soins de santé (le numérateur).

Pour les pays où il existe un remboursement rétroactif, par exemple via un régime d'assurance maladie contributif, le montant déclaré par un ménage pour les dépenses de santé peut être totalement ou partiellement remboursé à un moment ultérieur, parfois hors de la période de référence de l'enquête.

Du travail supplémentaire sera nécessaire afin d'assurer que les instruments d'enquête recueillent des informations sur les sources de financement utilisées par le ménage pour payer les soins de santé, ou que les instruments d'enquête auprès des ménages précisent toujours que les dépenses de santé doivent être nettes de tout remboursement.

Deuxièmement, selon la définition actuelle de l'indicateur 3.8.2, les dépenses de santé importantes peuvent être identifiées en fonction du revenu ou des dépenses totales des ménages. Il est généralement recommandé d'utiliser les dépenses pour mesurer les ressources des ménages (voir la section Concepts). Des travaux empiriques récents ont toutefois démontré que si les statistiques nationales pour l'indicateur 3.8.2 sont assez robustes lorsqu'on utilise les dépenses, on observe une certaine volatilité si l'on regarde le tout par groupe de revenu. Les mesures basées sur le revenu montrent une plus grande concentration de la proportion de la population ayant d'importantes dépenses de santé parmi les ménages plus pauvres que les mesures basées sur les dépenses (voir le chapitre 2 du Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et de la Banque mondiale ainsi que Wagstaff et al 2018).

Troisièmement, l'indicateur 3.8.2 s'appuie sur des seuils pour identifier ce qui constitue 'les dépenses de santé importantes en tant que part des dépenses ou revenus totaux des ménages'. Les personnes se situant juste en dessous de ces seuils ne sont pas prises en compte, ce qui est toujours le problème avec les mesures basées sur des seuils. On peut éviter simplement ce problème en calculant la distribution cumulative du ratio des dépenses de santé en fonction des dépenses totales ou du revenu total du ménage. Ainsi, il serait même possible d'identifier pour n'importe quel seuil la proportion de la population consacrant une part quelconque du budget de son ménage à la santé.

Quatrièmement, l'indicateur 3.8.2 est basé sur des mesures des dépenses de santé ex-post. De faibles niveaux de dépenses pourraient être attribuables à des erreurs de mesure dues à l'échantillonnage, telles qu'une période de référence trop courte qui ne permettrait pas la collecte d'informations sur les soins de santé nécessitant une nuitée, ou à des erreurs d'échantillonnage telles qu'un suréchantillonnage de régions où la morbidité est particulièrement faible. L'absence de dépenses pourrait également être due au fait que les gens ne peuvent rien dépenser pour la santé, ce qui, au moins pour les services qui sont inclus à l'indicateur 3.8.1, devrait se traduire par de faibles niveaux de couverture.

Il existe d'autres indicateurs utilisés pour mesurer les difficultés financières. Par exemple, l'OMS utilise un cadre qui comprend, en plus de l'indicateur 3.8.2, une définition des grandes dépenses de santé par rapport aux dépenses de non-subsistance<sup>[5] [6] [7]</sup>.

5

Chapitre 2 de “Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle”, Organisation mondiale de la santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale; 2017; [1](#)

6

Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., et Evans, T. (2007), “Protecting Households From Catastrophic Health Spending,” *Health Affairs*, 26, 972–983.  
 Xu, L., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., et Murray, C. (2003), “Households Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis,” *The Lancet*, 326, 111–117. [1](#)

7

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection>

[http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB\\_2016\\_EN\\_19169.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1)

<http://apps.searo.who.int/uhc>

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en)

[1](#)

## 4.c. Méthode de calcul

Nombre moyen pondéré de personnes dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé

$$\frac{\sum_i m_i \omega_i I\left(\frac{\text{dépenses en santé du ménage } i}{\text{dépenses totales du ménage } i} > \tau\right)}{\sum_i m_i \omega_i}$$

où  $i$  indique un ménage,  $I(\ )$  est la fonction indicatrice qui prend la valeur de 1 si l'expression entre parenthèses est vraie, et de 0 sinon,  $m_i$  correspond au nombre de membres dans le ménage  $i$ ,  $\omega_i$  correspond au poids d'échantillonnage du ménage  $i$ ,  $\tau$  est un seuil identifiant les dépenses importantes des ménages en matière de santé en tant que part de la consommation ou du revenu total (par ex. 10 % et 25 %).

Les dépenses de santé et totales et les revenus totaux des ménages sont définis à la section Concepts. Pour plus d'informations sur la méthodologie, il est possible de consulter Wagstaff et al (2018) et le chapitre 2 du Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale.

## 4.f. Traitement des valeurs manquantes (i) au niveau national et (ii) au niveau régional

### Traitement des valeurs manquantes :

Au niveau national, il n'y a pas d'imputation. L'indicateur est estimé pour toutes les années pour lesquelles une enquête représentative au niveau national (par ex. les enquêtes sur le budget des ménages, les revenus et dépenses des ménages, les conditions socio-économiques ou les niveaux de vie) est disponible et inclut de l'information à la fois sur les dépenses ou les revenus du ménage et sur les dépenses de santé du ménage. Lorsqu'il y a plusieurs enquêtes disponibles pour un même pays, une préférence est accordée aux estimations provenant de la même enquête. Une série de tests est effectuée pour sélectionner les meilleures séries de données (voir la section « Processus de collecte »).

## 4.g. Agrégations régionales

Lorsque les données d'enquête ne sont pas disponibles pour les années de référence 2000, 2005 ou 2010, les estimations pour les années intermédiaires pour chaque période de 5 ans sont « ajustées » en utilisant une combinaison d'interpolation, d'extrapolation, de modélisation économétrique et d'imputation basée sur les médianes régionales (Wagstaff et al., 2018; chapitre 2 du Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale).

La Banque mondiale et l'OMS utilisent leurs propres groupements régionaux, en plus de la ventilation régionale proposée pour les ODD par la Division de la statistique des Nations Unies.

## 4.h. Méthodes et instructions à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national

### Méthodes et instructions à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national :

## 4.j. Assurance de la qualité

### Assurance de la qualité :

## 5. Disponibilité des données et désagrégation

### Disponibilité des données :

Cet indicateur repose principalement sur les mêmes sources de données que celles utilisées pour le suivi de l'indicateur 1.1.1, à l'exception que les données sur les dépenses de santé sont également nécessaires. La Banque mondiale et l'OMS ont identifié 1 566 ensembles de données d'enquêtes auprès des ménages potentiellement appropriés et ce, pour 155 pays. Certaines de ces enquêtes ont été exclues parce qu'elles sont soit inaccessibles, soit dépourvues des variables clés nécessaires à l'estimation de l'indicateur, soit parce qu'elles n'ont pas passé le processus d'assurance de la qualité ou soit parce qu'elles ne faisaient pas partie d'une série chronologique cohérente. En décembre 2017, un total de 553 points de données provenant de 132 pays ou territoires et couvrant la période 1984 à 2015 ont été utilisés pour produire des données pour cet indicateur.

La disponibilité des données, mesurée en termes de nombre de pays que l'OMS et la Banque mondiale ont actuellement examinés et retenus pour l'estimation de la « proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé » est la suivante pour l'année la plus récente :

|   |                                      | Retenu par l'OMS et la Banque mondiale pour l'estimation de la « proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé » |                |             |                |                          |                |
|---|--------------------------------------|---|----------------|-------------|----------------|--------------------------|----------------|
| Distribution régionale  | Nombre d'États membres (EM) de l'OMS | 2005 ou avant   |                | 2006 à 2015 |                | Total par région des ODD |                |
|   |                                      | (nb d'EM)   | (% par région) | (nb d'EM)   | (% par région) | (nb d'EM)                | (% par région) |
| Amérique du Nord (M49) et Europe (M49)                          | 44                                   | 6   | 13,60 %        | 33          | 75,00 %        | 39                       | 88,60 %        |
| Amérique latine et Caraïbes (OMD=M49)                           | 33                                   | 7   | 21,20 %        | 10          | 30,30 %        | 17                       | 51,50 %        |
| Asie centrale (M49) et Asie du Sud (OMD=M49)                    | 14                                   | 0   | 0,00 %         | 11          | 78,60 %        | 11                       | 78,60 %        |
| Asie de l'Est (M49) et Asie du Sud-Est (OMD=M49)                | 16                                   | 2   | 12,50 %        | 10          | 62,50 %        | 12                       | 75,00 %        |
| Asie occidentale (M49) et Afrique du Nord (M49)                 | 23                                   | 4   | 17,40 %        | 9           | 39,10 %        | 13                       | 56,50 %        |
| Afrique subsaharienne (M49)                                     | 48                                   | 16  | 33,30 %        | 21          | 43,80 %        | 37                       | 77,10 %        |
| Australie et Nouvelle-Zélande (M49)                             | 2                                    | 0   | 0,00 %         | 1           | 50,00 %        | 1                        | 50,00 %        |
| Océanie (M49) excluant l'Australie et la Nouvelle-Zélande (M49) | 14                                   | 1   | 7,10 %         | 0           | 0,00 %         | 1                        | 7,10 %         |
|   | 194                                  | 36  | 18,60 %        | 95          | 49,00 %        | 131                      | 67,50 %        |

Globalement les données couvrent au moins 50 % des États membres de l'OMS dans toutes les régions, sauf pour l'Océanie (7,1 %). Pour plus d'information, il est possible de consulter le Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale et Wagstaff et al 2018.

#### Séries chronologiques :

La fréquence de ces données est similaire à celle des données utilisées pour l'indicateur 1.1.1. Elle varie d'un pays à l'autre, mais en moyenne, elle va de 1 an à 3 à 5 ans.

#### Désagrégation :

Les désagrégations suivantes sont possibles dans la mesure où l'enquête a été conçue pour fournir des estimations représentatives à ce niveau :

- Genre et âge du chef du ménage
- Emplacement géographique (rurale/urbaine)
- Quintiles du bien-être du ménage (dépenses totales ou revenu total). Voir la section Commentaires et limites pour les impacts de choisir l'une ou l'autre de ces mesures de bien-être.

## 6. Comparabilité / Dérogation des normes internationales

Sources des divergences :

Les estimations au niveau des pays sont toutes fondées sur des enquêtes représentatives au niveau national avec des informations sur les dépenses ou les revenus totaux des ménages et sur les dépenses de santé des ménages (voir la section « Sources de données »). Dans la plupart des cas, ces données proviennent d'enquêtes non standard auprès des ménages et les processus de normalisation ex post peuvent être conçus pour accroître le degré de comparabilité entre les pays. Par exemple, les équipes régionales de la Banque mondiale produisent des versions normalisées des ensembles de données brutes selon des procédures régionales communes : les ensembles de données harmonisés de l'ECAPOV sont basés sur les ensembles de données de l'Étude sur la mesure du niveau de vie – LSMS<sup>[14]</sup> ou sur les enquêtes sur les dépenses des ménages (EDM) recueillies dans la région Europe et Asie centrale de la Banque mondiale; la collecte du SHIP résulte d'un programme de lutte contre la pauvreté sur les enquêtes harmonisées auprès des ménages dans la région africaine de la Banque mondiale, tandis que la collecte du SHES a été développée par la Banque mondiale pour le programme de comparaison internationale<sup>[15]</sup>. La base de données du « Luxembourg Income Study » (LIS) résulte des efforts visant à harmoniser les ensembles de données de nombreux pays à revenu élevé et moyen<sup>[16]</sup>.

Dans certains cas, les données brutes sont accessibles pour produire des estimations au niveau des pays. Dans certains pays, en plus des données brutes, une version normalisée de celles-ci est disponible et dans d'autres pays, seule la version normalisée l'est. Lorsque plusieurs versions d'une même enquête sont disponibles, les plus performantes en termes de série de tests d'assurance de la qualité sont conservées (voir processus de collecte). Lorsqu'une version normalisée d'un instrument d'enquête conçu à l'échelle nationale est choisie, il existe des différences entre les variables de dépenses générées à l'aide des données brutes et les variables de dépenses générées à l'aide des procédures d'harmonisation, ce qui pourrait entraîner une incidence estimée différente de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé.

<sup>14</sup> (en anglais)

[http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTLSMS/0,,contentMDK:21610833~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3358997,00\\_1](http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTLSMS/0,,contentMDK:21610833~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3358997,00_1)

<sup>15</sup> Une documentation détaillée décrivant les procédures d'harmonisation est disponible dans les documents PDF ci-joints [1](#)

<sup>16</sup> (en anglais) <http://www.lisdatacenter.org/> [1](#)

## 7. Références et documentation

(À moins d'indication contraire, les références sont en anglais)

URL : <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>; <http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>

Références :

- Chapitre 2 sur la protection financière dans le Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle, Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale; 2017

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272598/9789242513554-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y/>

[https://www.who.int/health-topics/financial-protection#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/financial-protection#tab=tab_1)

- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu J., Smits, M-F., Chepynoga, K., Buisman, L.R., van Wilgenburg, K. et Eozenou, P., (2018), « Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study », The Lancet Global Health, volume 6, numéro 2, e169-e179. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)

*Sur les approches sous-jacentes derrière la définition actuelle des dépenses de santé importantes en pourcentage de la consommation ou du revenu total des ménages:*

- Chapitre 18 de « Analysing health equity using household survey data ». Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale; 2008, <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data>

*Pour la définition des dépenses de santé*

- [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf\\_9789264116016-9-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en)

*Pour les composantes des dépenses de santé*

- La division 06 de la Classification des fonctions de consommation des ménages (COICOP) ([en anglais](#)) [https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop\\_revision.asp](https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp); <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&lg=1&Co=06.1>